FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966

THÈSE

N° 959

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Abdelhaq LARAKI

né le 1 décembre 1940 à Fès (Maroc)

Externe des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LE CHOLESTEATOME DU SINUS FRONTAL

(A propos d'une observation)

oooOoo

Président : Mr. AUBRY, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Abdelhaq LARAKI

né le 1 décembre 1940 à Fès (Maroc)

Externe des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LE CHOLESTEATOME DU SINUS FRONTAL

(A propos d'une observation)

oooOoo

Président : Mr. AUBRY, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

1/1/1966

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) / RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.) / ROUCAYROL (J.-Cl.) / SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.) / TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) **Professeurs titulaires :**

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	N...
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon père

A qui il m'est cher d'exprimer ici ma reconnaissance infinie pour sa large compréhension et tous ses sacrifices qui m'ont permis de suivre la voie choisie.

A ma mère

Avec toute mon affection.

A mes frères aînés

Qui soutinrent mes efforts dans les moments difficiles. En remerciement pour l'aide qu'ils m'apportèrent durant mes études.

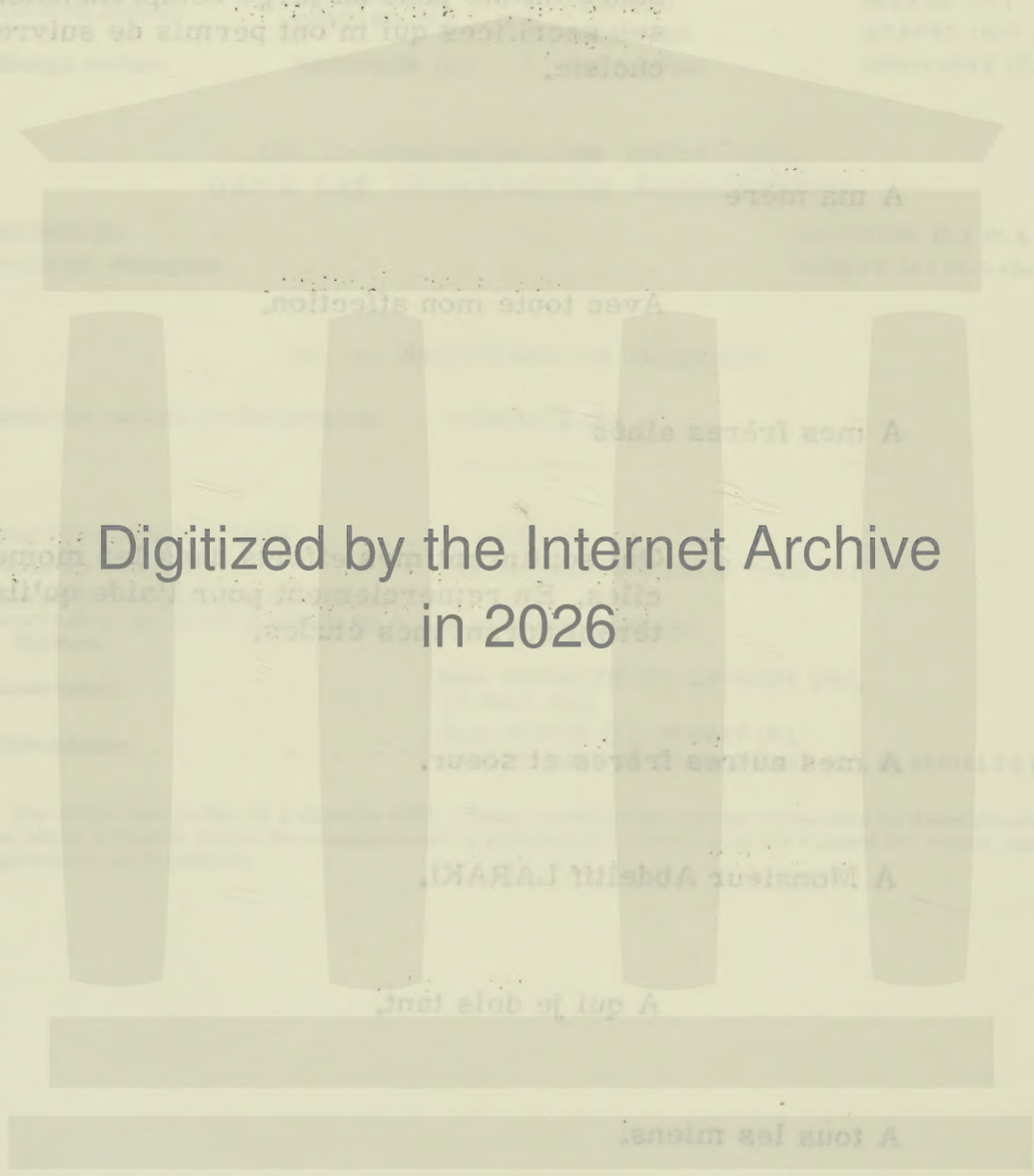
A mes autres frères et soeur.

A Monsieur Abdeltif LARAKI.

A qui je dois tant.

A tous les miens.

A mes amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544321_0041

A Monsieur le Professeur M. AUBRY.

Professeur de la Chaire de Clinique d'Oto-Rhinolaryngologie.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur J. LABAYLE.

Chef de Service d'Oto-Rhinolaryngologie à l'hôpital Bichat.

Qui nous inspira le sujet de cette thèse.
En remerciement de sa précieuse collaboration.

Qu'il nous permette de dire ici combien nous avons senti et admiré la haute valeur du maître et du médecin. Nous lui exprimons notre profonde reconnaissance.

A mes Maîtres des hôpitaux de Paris.

INTRODUCTION

Il y a plus d'un siècle et demi, CRUVEILHIER, le premier, a fait la description de ce qu'on appelle le CHOLESTEATOME dont la localisation auriculaire est la plus fréquente.

Depuis quelques années, un certain nombre de cholestéatomes furent trouvés à peu près dans toutes les régions du corps. Nous avons trouvé, dans le Service de notre Maître, le Docteur LABAYLE, un cholestéatome du sinus frontal et nous avons pensé qu'il était intéressant de faire une étude des cholestéatomes extra-auriculaires et en particulier fronto-orbitaires.

Le cholestéatome de l'oreille est en effet trop connu et a suscité trop de travaux pour que nous en parlions dans ce travail, bien que son origine reste encore mystérieuse et donne lieu à des théories multiples.

Nous avons relu quelques travaux sur la question, et au fur et à mesure de nos lectures, nous avons réalisé la complexité du problème. Le sujet lui-même a des limites imprécises. Des tumeurs de même type sont décrites sous des noms divers. Les descriptions histologiques aboutissent à des interprétations variées avec des hypothèses multiples concernant leur origine et leur pathogénie.

En 1941, Monsieur le Professeur Agrégé DEBAIN a consacré une thèse sur cette tumeur : "Considérations sur le cholestéatome primitif". Après avoir

cité des faits inexplicables de la théorie secondaire et montré que rien, au point de vue anatomique, ne différencie les cholestéatomes primitifs et secondaires, il a conclu : "Nombre d'auteurs considèrent le cholestéatome comme relevant d'une inclusion embryonnaire. Wallace TEED a démontré qu'il s'agit de vestiges de l'organe sensoriel épitympanique des poissons et des oiseaux, normalement disparu chez l'embryon humain le quatrième mois de la vie intra-utérine. Lorsque ces cellules épidermiques persistent à la naissance, elles sont susceptibles, sous l'influence par exemple d'une infection surajoutée, catarrhale ou suppurée, de reprendre leur multiplication, constituant le cholestéatome".

Récemment, Monsieur le Professeur MADURO, partant des travaux de Marcus DIAMANT sur la pneumatisation mastoïdienne, a repris le problème du cholestéatome. Rappelant d'abord les différentes théories émises concernant la pathogénie de cette tumeur, il a ouvertement pris position "en faveur de la conception unitaire de la nature primitive du cholestéatome". La preuve reste encore à faire, conclut-il, et il y a encore place pour la recherche.

Ceci nous a conduit à essayer de faire une mise au point de la question en nous basant, non pas tant sur le problème étio-pathogénique des cholestéatomes que sur la localisation particulière, fronto-orbitaire, qui nous semble prendre une place à part et dont nous tâcherons de démontrer l'individualité.

Cette étude comprendra :

- Un historique et un rappel anatomo-clinique des cholestéatomes auriculaires et extra-auriculaires.

Notre observation personnelle détaillée suivie d'autres observations trouvées dans la littérature mondiale et concernant les cholestéatomes fronto-orbitaires.

- Un bref rappel des différentes théories émises concernant la pathogénie de cette tumeur.

- Un essai de synthèse de la symptomatologie des cholestéatomes de la région fronto-orbitaire.

o0o

PREMIERE PARTIE

HISTORIQUE

Les cholestéatomes auriculaires.

En 1928, CRUVEILHIER note la présence de néoformations au niveau du crâne et à proximité de l'encéphale. Leur forme particulière et leur couleur nacrée lui font choisir les termes de "tumeur perlée".

Dix ans plus tard, J. MULLER constate la présence de cholestérine et d'acide gras à l'intérieur de ces tumeurs. Il leur donna le nom de : CHOLESTEATOMES, appellation qui, de nos jours, est sujette à discussion.

PAPPENHEIM et TOYNBEE, à la même époque, constatent la présence de ces tumeurs dans l'oreille.

Ce n'est que plus tard (en 1855, avec VIRCHOW) que le problème de pathogénie se pose. Remarquant en effet que le tissu épidermique qui constitue le cholestéatome n'existait pas au niveau de l'oreille moyenne qui est tapissée par une muqueuse, VIRCHOW introduit cette notion importante et lui fait qualifier ces cholestéatomes de "tumeurs hétérogènes".

GRUBER et VON TROELTSCH ont été frappés par la fréquence de la localisation auriculaire des cholestéatomes et en particulier lors des suppurations chroniques. Ils ont déduit que c'est la suppuration qui est la cause de cette tumeur. Et avec eux est née la notion de pathogénie secondaire du cholestéatome.

A la même époque, MICKULICZ lance la théorie de cholestéatome primitif. Celui-ci proviendrait des débris épidermiques détachés au cours de la vie foetale. C'est ainsi que, contrairement à la théorie de GRUBER et Von TROELTSCH, MICKULICZ fait de la suppuration la conséquence du cholestéatome.

Les cholestéatomes extra-auriculaires

Nous l'avons dit, les premiers cholestéatomes furent découverts au niveau du crâne. Lorsque leur identification histologique et chimique fut faite, ils furent découverts un peu partout dans le corps.

Déjà, en 1916, HAEGGSTRÖM décrit un cas de cholestéatome du sinus frontal. Quelques années plus tard, on a découvert cette tumeur dans l'orbite.

En réalité, ce n'est qu'après 1950, avec le progrès qu'a fait l'histologie, que les cholestéatomes devenaient une tumeur courante. On la décrit successivement - outre les cas du cerveau devenus classiques - dans le tibia (KARCHINOV), dans la glande mammaire (BECKER), dans les ovaires (SAVIGNON), dans le pelvis (OSIUS, HARROD, SMITH), dans l'épididyme (BONDARENKO), dans les testicules (MENOZZI et FEZZI), au niveau du cou (TURNHEIM)...

oOo

RAPPEL ANATOMO-CLINIQUE

Macroscopiquement, CRUVEILHIER l'a appelé "la tumeur perlée" à cause de son aspect nacré caractéristique. En effet, le cholestéatome se présente sous la forme d'une masse blanche arrondie, compacte, entourée d'une membrane limitante nacrée, appelée "matrice", de structure lamellaire, stratifiée et le plus souvent ramollie en son centre.

RAMADIER et PIALOUX distinguent :

- le cholestéatome sec,
- le cholestéatome suppuré.

Le cholestéatome sec :

Aspect : Il se présente sous forme d'une tumeur kystique blanchâtre, arrondie, mollasse au stylet, le plus souvent peu adhérente à l'os et limitée par une membrane épaisse. Il renferme une substance blanchâtre comparée classiquement au marron cuit, plus consistante à la périphérie qu'au centre.

Volume : Petit : Le plus souvent il est découvert lors d'une intervention. Unique, de la taille d'un petit pois, il peut parfois être multiple, constituant plusieurs foyers cholestéatomateux, réunis par un trajet anfractueux.

Volumineux : C'est une éventualité assez rare, car il s'infecte dès qu'il atteint une certaine taille.

Les cholestéatomes dits "historiques" sont exceptionnels.

Le cholestéatome suppuré :

Sans entrer déjà dans le détail de la date d'apparition de l'infection, disons que le cholestéatome suppuré va être modifié. S'il garde son aspect kystique, sa masse se perfore et la fétidité devient manifeste. A ce stade, notons que l'extirpation en bloc est toujours possible.

Lorsque la suppuration est marquée, la masse cholestéatomateuse se désintègre et perd son aspect kystique.

Quoiqu'il en soit, sec ou suppuré, la caractéristique du cholestéatome est de s'accroître. Les loges osseuses qui le contiennent vont s'agrandir par érosion de la paroi, menaçant ainsi les reliefs osseux.

Microscopiquement, on distingue :

- L'enveloppe : appelée encore matrice est formée d'une couche conjonctive externe et d'une couche épithéliale pavimenteuse interne.

L'épithélium est de type malpighien, possèdant une couche cornée épaisse mais dépourvue de papilles.

- La masse cholestéatomateuse interne n'est autre que le produit de désintégration de l'enveloppe qui, elle, ne cesse de se former ; si bien que, s'accumulant et se superposant, les lamelles conjonctivo-épithéliales constituent une masse pseudo-tumorale stratifiée. Dans la zone périphérique, les lamelles sont encore bien reconnaissables, formées d'une alternance de cellules épidermiques (colorées en jaune par le micro-carmin) et de fines couches de cellules conjonctives (colorées en rouge). Entre ces lamelles, les dépôts des cristaux de cholestérine en aiguilles ou losangiques résultent de la dégénérescence de cellules conjonctives. Le centre du cholestéatome n'est plus formé d'éléments reconnaissables, mais seulement constitué d'amas puriformes de cholestérine, d'acides gras et de kératine.

oOo

DEUXIEME PARTIE

LES OBSERVATIONS

A - Notre Observation

Madame Suzanne L..., 50 ans, mère de trois enfants bien portants, est adressée à notre consultation par son médecin traitant pour des céphalées frontales et des douleurs sus-orbitaires, surtout pénibles lorsque la malade penche la tête en avant.

Un examen radiologique des sinus a mis en évidence une image d'ostéome du sinus frontal droit. La malade entre dans le Service le 15 avril 1966 pour l'ablation chirurgicale de cette tumeur radiologique.

L'histoire de la maladie remonte à 1954 avec des crises de céphalées :

- à paroxysmes matinaux,
- durant deux ou trois jours,
- calmées par deux ou trois grammes d'aspirine,
- parfois accompagnées de nausées ou de vomissements,
- et séparées par des périodes de guérison apparente durant 1 à 2 mois sans rapport avec les règles.

Des examens hépatique et gynécologique ont été faits à cette époque, à la recherche d'une origine digestive ou endocrinienne de ces céphalées. Ces examens se sont avérés négatifs.

En 1956, à l'occasion d'une otalgie pour laquelle la malade est venue consulter, on découvre à l'examen systématique une rhinorrhée postérieure importante. Les radios de sinus ont mis en évidence une sinusite maxillo-frontale droite. Une série de six ponctions de sinus suivie d'une cure d'aérosol ont amené la guérison pendant plus d'un an.

En 1960, les céphalées reprennent et devant leur répétition une intervention chirurgicale sur les sinus (Caldwell-Luc) a été proposée à la malade, qui refusa et se contenta d'un traitement antalgique médical.

Actuellement :

La malade est venue nous consulter pour la persistance de ses céphalées frontales qui se caractérisent par :

- leur prédominance matinale,
- leur exagération la tête baissée
- et leur association à une rhinorrhée postérieure.

L'examen O.R.L. découvre :

- une rhinite légère,
- pas de pus dans les méats,
- un pharynx légèrement congestif,
- une légère douleur à la pression de la région sus-orbitaire droite.

L'examen radiologique montre :

- de face : une image claire, parfaitement sphérique, régulière, homogène, de la taille d'un gros noyau de cerise, siègeant en plein centre du sinus frontal droit qui est vaste ;

- de profil : la même image radiologique plus proche de la paroi postérieure du sinus frontal que de la paroi antérieure.

- Par ailleurs, pas de signes de sinusite.

Devant cette image, on porte le diagnostic d'ostéome du sinus frontal droit et on conseille à la malade son ablation chirurgicale.

Le 18 avril 1966 : intervention par les Docteurs DUMAINE et PERRIER.

Compte rendu opératoire :

Incision arciforme dans le sourcil droit. Trépanation de la paroi antérieure du sinus frontal. On découvre une tumeur arrondie blanc-jaunâtre adhérant à la paroi postérieure, constituée d'une coque pellucide et contenant un magma cholestéomateux. Ablation totale. On note l'absence de pus. On vérifie l'absence de fistule au niveau de la paroi postérieure. Fermeture en deux plans.

Examen histologique (Dr. MARTIN) :

Tous les fragments prélevés ont été examinés.

Il s'agit en grande partie d'amalgames de paillettes de cholestérine assez volumineuses qui sont entourés par un tissu conjonctif tantôt lipophagique, tantôt macrophagique en voie d'organisation collagène, scléreuse plus ou moins avancée.

Dans ce collagène, on découvre un très grand nombre de travées osseuses étroites, irrégulières, néoformées, plus ou moins calcifiées, quelquefois nécrotiques ; on découvre en plus quelques petits foyers de suffusion hémorragique et des zones d'infiltration inflammatoire.

Il n'existe aucune irrégularité structurale ou cytologique suspecte.

Il s'agit donc d'un cholestéatome ancien et qui présente plusieurs foyers d'ostéogénèse irrégulièrement dispersés. Cette lésion n'a donc pas la structure d'un ostéome pur typique.

Suites opératoires :

Sont simples. Madame L... est revue en consultation les 18 et 27 mai 1966 : céphalées et douleurs ont complètement disparu.

Discussion :

Cette observation est intéressante à plusieurs égards. D'abord l'absence d'infection lors de l'intervention.

Ensuite l'ancienneté des douleurs qui amènent à discuter un blocage sinusien par le cholestéatome ; enfin, ce cholestéatome présentait histologiquement un pouvoir ostéogénétique qui avait entraîné une densification osseuse à l'intérieur de la masse. C'est cette densification qui a fait faire le faux diagnostic d'ostéome.

oOo

B - OBSERVATIONS DE CHOLESTEATOME DU MASSIF FRONTAL TROUVEES DANS LA LITTERATURE.

Nous en avons trouvées une quarantaine. Nous allons en développer quelques-unes qui nous montreront l'analogie de la symptomatologie avec la nôtre. On dressera pour les autres deux tableaux comparatifs, l'un pour la seule localisation frontale, l'autre pour la localisation fronto-orbitaire. Nous comparerons en particulier la durée d'évolution, les signes cliniques et les résultats après l'intervention.

DOCTEURS FELD ET GUILLAUMAT, in "Semaine des Hôpitaux de Paris", décembre 1952.

1 - S... Paulette, employée de bureau, est adressée en janvier 1950 pour une exophtalmie droite avec abaissement du globe, apparue depuis 1 mois et légèrement progressive.

Celle-ci a été précédée depuis 6 mois de céphalées frontales et de lancements orbitaires droits. Elle est accompagnée par une diplopie intermittente.

Examen : L'examen ophtalmologique précise les caractères de l'exophtalmie : unilatérale droite, directe et inférieure, avec exorbitisme, non inflammatoire, non réductible. Diplopie verticale plus mécanique que paralytique. Réflexes conservés. Champs visuels normaux. Sensibilité péri-orbitaire et cornéenne normale. Aucun signe anormal à la palpation ni à l'auscultation. Le fond d'oeil un peu congestif, surtout à droite où les veines sont sinueuses.

L'examen neurologique est négatif.

Les radiographies du crâne montrent :

- de face : la disparition du contour supérieur de l'orbite droite dont ne reste que la vague trace estompée ; une plage claire arrondie bordée d'un

liseré net concave en bas surplombe l'orbite droite et forme avec elle une image en brioche. Elle continue en dehors avec le rebord orbitaire externe et semble se continuer en dedans avec la paroi du sinus frontal.

- De profil : l'image pathologique apparaît sus-rétro-orbitaire. Sa limite postéro-supérieure est finement tracée par un liseré d'opacification, mais sa limite antérieure se confond avec le sinus frontal.

L'intervention est pratiquée le 4 mars 1950 (Docteur FELD).

L'examen histologique (Docteur BERDET) montre un aspect typique de cholestéatome : fragment d'épithélium épidermoïde réduit à une couche basale assez régulière, quelques assises de cellules prismatiques aplaties dont certaines sont chargées de kérato-hyaline. La transformation cornée des couches superficielles se fait pour ainsi dire sans transition et il en résulte une intense desquamation en paillettes plus ou moins stratifiée.

2 - Lorsque Monsieur M... est examiné, le 28 février 1950, il présente depuis un an une diplopie transitoire apparaissant en vision approchée à une distance inférieure à deux mètres, ainsi qu'un larmoiement de l'oeil gauche qui est un peu plus saillant que l'oeil droit.

On constate que l'oeil droit voit 10/10 avec moins 2,5 ; l'oeil gauche distingue 8/10 après correction d'un léger astigmatisme. Il est en partie recouvert par un demi-ptosis de la paupière supérieure, malgré une légère exophtalmie de 3 mm. L'examen au verre rouge révèle une diplopie verticale augmentée dans l'élévation. L'image de l'oeil droit est plus basse. Il s'agit donc d'une paralysie d'un élévateur de l'oeil gauche, qui est d'ailleurs aisément confirmée par l'examen objectif. Les réactions pupillaires, la sensibilité cornéenne, le champ visuel et le fond d'oeil sont normaux.

Il s'agit en somme d'une exophtalmie gauche directe inférieure isolée avec limitation de l'ascension du globe.

Mais la palpation du contour orbitaire ne révèle aucune anomalie. La transillumination des sinus est bonne et égale des deux côtés.

Les radiographies crâniennes montrent dans le frontal gauche une image claire arrondie de la taille d'une pièce de 10 francs, siégeant au-dessus du tiers externe du rebord orbitaire supérieur. Elle empiète en arrière sur le plafond de l'orbite au niveau de la fossette lacrymale et paraît entièrement indépendante du sinus frontal, plus interne. Le pourtour est finement tracé : c'est une sorte de décalcification arrondie à l'emporte-pièce.

L'état général est parfaitement conservé chez cet homme de 54 ans. Les examens de laboratoire n'apportent aucun renseignement sur l'étiologie de cette image radiologique.

Tous les examens sont normaux, hormis une légère prédominance lymphocytaire sur le myélogramme.

Malgré l'absence de modifications radiologiques (le malade est suivi régulièrement), les signes cliniques d'aggravation apparaissent dans les premiers mois de 1951 : l'exorbitisme inféro-interne s'accentue, l'abduction est à son tour limitée, l'acuité visuelle de l'oeil gauche tombe à 2/10 et l'ophtalmoscope décèle de ce côté un léger oedème papillaire et des plis rétiniens inter-papillo-maculaires. Le petit doigt introduit dans l'angle supéro-externe de l'orbite parvient à palper une masse rétro et latéro-oculaire, lisse, dure, arrondie, faisant corps avec l'os dans la région lacrymale.

L'intervention est décidée le 6 janvier 1951 (Professeur PETIT-DUTAILLIS) :

Cholestéatome développé dans le plafond de l'orbite et le frontal qu'il ronfle. C'est un kyste contenant des paillettes de cholestérine ; sa paroi, formée d'une épaisse membrane, est réséquée à la curette et à la pince ronde.

Le 30 janvier 1951 : oeil gauche devenu un peu enophtalme de 2 mm. ; la diplopie a disparu ; l'acuité visuelle est à 7/10 ; oedème papillaire diminué.

Le 13 novembre 1951, tout est normal.

3 - BIRMELER G. rapporte un cas de cholestéatome du sinus frontal, consécutif à un traumatisme, qui s'est développé lentement pendant 7 ans, présentant cliniquement l'aspect d'une tumeur.

4 - MM. G. & S. ARNAUD, in Annales de la Faculté de Médecine Montevidéo.

Il s'agit d'une femme de 42 ans dont le seul passé pathologique notable consiste en des céphalées qui durent depuis 26 ans, à prédominance hémi-crânienne gauche ; ces dernières étaient calmées par des antalgiques habituels ; troubles du caractère : instabilité et insomnie.

Tous les examens cliniques, radiologiques et sérologiques sont négatifs. Le dernier compte rendu radiologique datant de novembre 1955 précise que les sinus frontaux et maxillaires sont normaux, ainsi que les orbites et les trous optiques.

Brusquement, en mars 1956, une exophtalmie unilatérale gauche se constitue en quelques jours sans aucun autre symptôme qu'une sensation d'obstruction intermittente de la narine gauche.

La malade consulte en avril 1955 :

- céphalées permanentes, résistantes aux antalgiques, plus fortes à gauche qu'à droite ;

- douleur à la pression de la région fronto-orbitaire externe gauche.

Un nouvel examen ophtalmologique prouve l'existence d'une exophtalmie et d'une diminution du champ visuel.

Les radiographies et les tomographies ont mis en évidence l'existence d'une image tumorale, lacunaire, intra-osseuse, fronto-orbitaire gauche, indépendante du sinus frontal correspondant.

Il s'agit d'une image volumineuse, à bord net, claire, arrondie. Le rebord orbitaire supérieur est partiellement effacé en dehors. En arrière, le plafond de l'orbite est envahi, la grande aile du sphénoïde est détruite, la fente sphénoïdale n'est plus nette.

Intervention le 21 avril 1956 :

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un kyste épidermoïde a revêtement malpighien avec amas de cholestérine dans un tissu granulomateux à cellules géantes : CHOLESTEATOME.

TABLEAU RECAPITULATIF DES OBSERVATIONS DE CHOLESTEATOME

DE LA REGION FRONTO-ORBITAIRE

A - Localisation frontale pure.

N°	Auteurs	Signes cliniques	durée évolution	Résultats après intervention
1	HAEGGSTROM, 1916	Céphalées, Ptosis		Bons
2	KALHER	Exophtalmie		Bons
3	RAND & REEVES	Involution osseuse		Dégénérescence maligne
4	HAIG	Tuméfaction, Céphalées	4 mois	Dégénérescence maligne
5	LAZORTHES	Exophtalmie, Ptose du globe	Quelques années	Bons
6	LAMAS GREGO	Tuméfaction frontale	2 ans	Bons
7	MASSEBOEUF, AQUAVIVA	Tuméfaction frontale	3 ans	Bons
8	"	"	2 ans	Bons
9	COASTES	Troubles visuels	Quelques années	Bons
10	ROUVILLOIS	Céphalées	Quelques jours	Bons
11	ROWBOTHAM	Baisse acuité visuelle	3 ans	Bons
12	BUCY	Tuméfaction	18 mois	Récidive
13	KING	"	?	"
14	FRUGONI		18 ans	Bons
15	CAVINA	Céphalées, Tuméfaction	13 ans	Bons
16	BIRMEYER	Aspect d'1 tum. après trauma.	Quelques semaines	Bons
17	ARNAUD	Céphalées, Exophtalmie	26 ans	
18	Notre observation	Céphalées	10 ans	Bons

B - Localisation fronto-orbitaire

N°	Auteurs	Signes cliniques	Durée évolution	Résultats après intervention
1	WOLFF	Sinusite frontale opérée	8 ans	Bons
2	PARNACEAU	Exophtalmie	?	Bons
3	MICHAEL	Destruction osseuse	8 ans	Bons
4	SPENCER	Exophtalmie		Dégénérescence carcinomateuse
5	KING	Exophtalmie diplopie	5 ans	Bons
6	PANNETON & ROUX	Exophtalmie	4 ans	Bons
7	LE BEAU & DAUN	Céphalées, Exophtalmie	1 an	Bons
8	WINCKELMAN	Céphalées, Exophtalmie, Vertiges	6 ans	Bons
9	FEKD & GUILLAUMAT	Céphalées, Elancements orbitaires	6 mois	Bons
10	"	Diplopie, Exophtalmie	1 an	Bons
11	PETIT-DUTAILLIS	Exophtalmie		Bons
12	VINCENT	Exophtalmie	Quelques années	Bons
13	LAZORTHES	Exophtalmie, Céphalées, Baisse acuité visuelle	10 ans	Bons
14	MARTIN & BRIHAYE	Exophtalmie, Céphalées	10 ans	Bons
15	ECTORS	Céphalées, Exophtalmie, Diplopie	2 mois	Récidive
16	"	Diplopie, Exophtalmie	4 ans	Bons
17	"	Exophtalmie	1 an	Bons
18	LAMAS GREGO	Tuméfaction, Exophtalmie, Céphalées , Diplopie	2 ans	Bons
19	FLEMING et BOTTERLI	Baisse acuité visuelle, Ptosis , Exophtalmie, Céphalées	28 ans	Bons
20	CARAYON	Exophtalmie progressive	?	Bons

Plusieurs points unissent ces observations :

D'abord la localisation extra-auriculaire du cholestéatome ; ensuite la lenteur de l'évolution de la tumeur. Parmi les chiffres relevés, on note une variation allant de quelques jours à 38 ans ; l'ancienneté des troubles remonte en moyenne à 10 ans. Cette lenteur d'évolution est frappante, et par là, le caractère le cholestéatome fronto-orbitaire ressemble à celui de l'oreille. Ce temps relativement long qui est nécessaire à la formation du cholestéatome a incité nombre d'auteurs à chercher le mécanisme étio-pathogénique de cette tumeur. C'est incontestablement sur ce problème que se sont penchés pratiquement tous les travaux concernant le cholestéatome.

Enfin, ces observations sont unies par une symptomatologie peu variable, se résumant à tuméfaction, céphalées et troubles visuels.

o0o

TROISIEME PARTIE

PATHOGENIE

Dès 1875 se posaient les questions auxquelles actuellement on essaie toujours de trouver une réponse définitive.

1 - Lequel chronologiquement apparaît le premier : le cholestéatome ou la suppuration ?

2 - Comment une tumeur histologiquement formée d'un épithélium malpighien se développe-t-elle au niveau de la muqueuse qui recouvre l'oreille moyenne et qui est formée d'un épithélium cylindrique ?

A - THEORIE DES CHOLESTEATOMES SECONDAIRES.

Nous l'avons dit, VON TROELTSCH rendait la suppuration de l'oreille responsable de l'apparition du cholestéatome.

SCHMIEGELOW, après lui, s'appuie sur le fait qu'un épithélium cylindrique soumis à une irritation chronique subit une transformation malpighienne, ce qui a été démontré par WENOT. La théorie de la métaplasie a vu alors le jour. Ce phénomène physio-pathologique était nouveau à l'époque.

Cinquante ans plus tard (1923), LEMAITRE et LAVRAND ont essayé de préciser les différentes phases de cette métaplasie.

"Des leucocytes et des plasmocytes viennent envahir le tissu conjonctif sous-muqueux et subissent une dégénérescence granulo-graisseuse aboutissant

à la formation de cholestérine et d'acides gras. Ces produits ainsi formés s'accumulent sous la muqueuse métaplasiée et, repoussant le revêtement épithélial et son chorion, tombent dans la cavité, en l'occurrence l'attique. Le renouvellement du processus explique la formation de strates concentriques qui constituent la masse cholestéatomateuse",

Ainsi, si cette théorie explique bien le cas des cholestéatomes au cours des suppurations, comment peut-on l'appliquer aux cholestéatomes non accompagnés de signes d'infection même lors de l'intervention.

Pour que le processus de métaplasie se déclenche, LEMAITRE et LAVRAND ont insisté sur le fait que l'infection n'est pas obligatoirement très importante.

Pour TUMARKIN, le simple catarrhe peut produire une desquamation en vase clos. Ce dernier a fait remarquer la fréquence de la localisation de ce processus au niveau de l'attique. Or, l'attique, rappelons-le, est une région étroitement close et étroite anatomiquement.

Ces faits sont très importants et ont donné à la théorie de la métaplasie toute sa valeur, lui permettant d'expliquer la presque totalité des cholestéatomes.

HABERMANN et BEZOLD introduisent la théorie de migration épithéliale qui nécessite une perforation tympanique marginale, perforation qui, notons-le, manque souvent.

3 - THEORIE DU CHOLESTEATOME PRIMITIF

Ces théories essayent d'expliquer les cas de cholestéatomes évoluant en l'absence d'infection et aussi ceux se localisant en dehors de l'oreille.

Celle de WITTMAACK, qui insiste sur les troubles de la pneumatisation de la mastoïde et la rétraction de la membrane de Shrapnell qui constitueraient un point de départ du cholestéatome. Mais, comment expliquer alors les cholestéatomes à mastoïde normale et sans rétraction du Shrapnell ?

Celle de RUEDI, défendue par R. LINK pour qui "la genèse du cholestéatome s'expliquerait par la fertilité toute particulière de l'épithélium de la face supérieure du fond du conduit auditif externe chez le nourrisson et par la migration dans la poche de Prussak de bourgeons hyperkératosiques issus de cette zone cutanée exagérément proliférante" (MADURO). Mais comment se représenter cette migration en l'absence de toute solution de continuité de la membrane de Shrapnell ?

A plus forte raison lorsqu'il s'agit d'un cholestéatome du sinus frontal, on explique difficilement l'inclusion dermique de la muqueuse.

Cependant, certains auteurs dont Marcus DIAMANT défendent la théorie selon laquelle le cholestéatome est une dysembryopathie qui consiste en une inclusion ecto-dermique provenant de la portion ecto-dermique de la première fente branchiale d'où dérive le conduit auditif externe. Cette théorie explique les cholestéatomes de l'enfance dont la fréquence est supérieure à celle qu'on admet généralement.

De même, DEBAIN pense que le cholestéatome est dû à la persistance chez l'homme de l'organe sensoriel épitympanique des poissons et des oiseaux. C'est la multiplication, après la naissance des cellules épidermiques de cet organe qui constitue le cholestéatome.

Or, on sait qu'au niveau de la région frontale, on rencontre avec assez de fréquence des kystes dermoïdes congénitaux. De là à considérer que les cholestéatomes de la région fronto-orbitaires sont des formes de kystes dermoïdes, il n'y a qu'un pas. Nous soulevons une hypothèse qui nous paraît séduisante, mais qui n'est pas étayée sur des preuves en nombre suffisant pour être retenue.

Enfin, signalons qu'un rôle fut donné au traumatisme par GOUZY ; LACOMME, HAMOUSIN.

Cette étude étio-pathogénique nous montre la diversité des théories émises. Aucune n'apporte l'explication véritable du mécanisme de la genèse de tous les cholestéatomes.

oOo

ETUDE CLINIQUE

Au terme de cette étude, il apparaît que la localisation fronto-orbitaire du cholestéatome prend une place à part après la localisation auriculaire qui, nous le savons, est de loin la plus fréquente. En effet, nous l'avons trouvée dans 37 cas au cours de nos recherches dans la littérature mondiale. Parmi ces cas, on en note 17 dans le sinus frontal et 20 dans la région fronto-orbitaire. C'est pratiquement toujours l'adulte qui est atteint. Un seul cas d'enfant a été rapporté par MICHAELE.

SYMPTOLOGIE DU CHOLESTEATOME FRONTO-ORBITAIRE

Signes fonctionnels

Les céphalées

De siège sus-orbitaire, en général unilatéraleo, mais prédominant toujours du côté atteint, elles sont à paroxysmes matinaux et s'exagèrent la tête baissée. Elles cèdent le plus souvent aux antalgiques habituels. A noter l'absence de signes d'hypertension intra-crânienne.

Les troubles visuels.

- Diminution de l'acuité visuelle.
- Diplopie.
- Ptosis de la paupière supérieure.

Les signes physiques

La tuméfaction est rarement accessible. Dans les cas de cholestéatome orbitaire, la palpation permet de définir les caractères de cette tumeur : lisse, molle ou rénittente, se laissant plus ou moins déprimer. Elle est arrondie, indolore et non pulsatile. Par refoulement de la masse tumorale, on peut provoquer une exophtalmie.

Cette exophtalmie est parfois le signe capital. Unilatérale, elle s'accompagne d'un déplacement du globe oculaire vers le bas, limitant ainsi les mouvements vers le haut.

EXAMEN RADIOLOGIQUE

Les incidences les plus utiles sont :

- nez - front - plaque,
- nez - menton - plaque,
- crâne de profil.

Le plus souvent, elles montrent une image de décalcification, lacunaire, arrondie et de taille variable. Petite, elle est comparée à la taille d'un petit pois ; grande, elle peut occuper tout le sinus frontal ou la cavité orbitaire. Une érosion osseuse à l'emporte-pièce n'est pas exceptionnelle.

A côté de cette image typique du cholestéatome, nous avons rencontré un cas où cette tumeur prend l'aspect radiologique d'une condensation osseuse, réalisant une image à bords nets et non homogène.

Les tomographies permettent de préciser l'expansion de la tumeur. Sur le plan frontal, elle détermine l'extension en largeur et en profondeur. Sur le plan sagittal, elle contribue à l'étude en profondeur. La tomographie donnera une reproduction relativement précise de la masse cholestéatomateuse.

EVOLUTION

Elle est extrêmement lente. Plusieurs années sont nécessaires à la formation d'une masse cholestéatomateuse.

Non traité, le cholestéatome arrive à éroder complètement les tables externe et interne de l'os. Il peut provoquer des fistules cutanées qui s'infectent.

DIAGNOSTIC.

Il est pratiquement impossible de poser avec certitude le diagnostic de cholestéatome fronto-orbitaire sur les seules données cliniques.

Orienté par les examens radiologiques, il ne peut être établi que par l'examen anatomo-pathologique.

Diagnostic différentiel

La sinusite frontale : Relativement beaucoup plus fréquente, elle est facile à reconnaître par l'existence d'une infection. A la radiographie, un voile homogène traduit l'existence d'un épanchement et d'une hyperplasie de la muqueuse. Un niveau liquide peut être visible.

La tumeur maligne : En principe, le diagnostic est simple par la rapidité de l'évolution. En réalité, vu la rareté de ces tumeurs, la lenteur parfois de leur évolution et leur bonne tolérance, le diagnostic devient difficile.

Le mucocèle : Dans les cas non extériorisés, la radiographie complétée par les tomographies montre un sinus frontal et des cellules ethmoïdales antérieures anormalement développées. Les limites sinusiennes peuvent être déformées.

L'ostéite fibreuse : Souvent post-traumatique, elle peut atteindre les différentes parois du sinus frontal. En particulier, celle de la paroi postérieure est la plus grave car elle peut rester longtemps silencieuse et bien tolérée. La radiographie ne montre pas une opacité très nette. Par contre, elle peut mettre en évidence un corps étranger dans le sinus.

PRONOSTIC

Bien traités, les cholestéatomes de la région fronto-orbitaire ont une évolution favorable. Lorsque la tumeur et sa capsule ont été enlevées en totalité, il n'y a pas de récidive. Et ceci l'oppose au cholestéatome auriculaire dont "la fertilité est stupéfiante" (MADURO) et dont la récidive est la règle.

Si l'ablation chirurgicale n'a pas été complète, les résidus laissés en place prolifèrent pour donner une nouvelle tumeur.

Le pronostic est donc, en général, excellent. Cependant, trois cas de dégénérescence maligne ont été rapportés, le premier par SPENCER, le second par RAND et REEVES, le 3e par HAIG, ce qui est relativement fréquent vu la rareté de la localisation fronto-orbitaire du cholestéatome.

TRAITEMENT

Il est strictement chirurgical.

La voie d'abord sera directe pour permettre l'exérèse totale. L'importance de l'incision sera fonction de l'examen radiologique.

Après ablation de la masse cholestéatomateuse, on vérifiera la perméabilité du canal naso-frontal. S'il n'y a pas d'infection et que le canal est bien ouvert, on referme sans drainage. S'il y a infection, quel que soit l'état du canal, on passera un tube de drainage (matière plastique) qui permettra les lavages.

La plaie naso-orbitaire sera refermée en deux plans.

oOo

CONCLUSIONS

Le cholestéatome, si fréquent dans l'oreille, est considéré comme exceptionnel ailleurs. A l'occasion d'une observation de cholestéatome du sinus frontal, nous avons repris d'autres observations trouvées dans la littérature mondiale concernant cette localisation et nous avons essayé d'en tirer quelques conclusions.

Le cholestéatome de la région fronto-orbitaire peut se rencontrer en dehors de toute infection. Il est donc le plus souvent un cholestéatome primitif.

Tumeur de l'adulte jeune, son évolution est lente et c'est cette lenteur d'évolution qui permet de le soupçonner malgré sa rareté. On doit y penser devant une douleur et une déformation sus-orbitaires apparues depuis longtemps. Des signes oculaires associés sont fréquents.

Contrairement à la localisation auriculaire, le cholestéatome de la région fronto-orbitaire ne récidive habituellement pas lorsque son ablation est complète. Il peut, dans des cas exceptionnels mais indubitables, accompagner une tumeur maligne.

Ainsi, par ses caractères et son évolution, le cholestéatome de la région fronto-orbitaire paraît avoir une individualité et se distingue du cholestéatome auriculaire.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Professeur AUBRY

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur G. BRCUET

Vu, et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ALPORT B; et DAME L. R.

Orbital cholesteatoma case
T. R. am Acad. Ophtalmogia 58, July August 54

ARANA R.

Cholestéatoma of the brain
Annales de la Faculté de Médecine de Montevideo 37, 117-132, 52

AUBRY M. et LEMARIEY A.

Précis d'Oto-Rhino-Laryngologie, Masson et Cie, Editeurs

BAKHIYAROV V. A.

Cholesteatoma of the IVè ventricule
Neuropat. i psikhiat n°1, 54

BAUCHHENSS G. und SCHURMANN K.

Tumeurs dermoïdes et épidermoïdes des os du crâne, leur diagnostic différentiel et leur traitement non compris les tumeurs épidermoïdes intra-crâniennes.
Langenbecks Arch. Klin. Chir., 1962, 300, n°1, 85-103 (bibliogr.)

BENJELLOUN M.

Contribution à l'étude des tumeurs de la voûte du crâne.
Montpellier 1958, Dact. 84 pages

BIRCH-HIRSFELD A.

Cholesteatoma
Hand buch. ges. Augenbeilk, 1930, 566-568

BIRNMEYER G.

Traumatic cholesteatoma of the frontal sinus
Laryng. Rhinol. Otol. 38, sept. 59

BUCY

Intradiploïc épidermoïd of the skull
Arch. of Surg., 1935, 13, 190-199

CARAYON A., AOUCHICHE M., HEYRAUD J. et BOUBACAR L.

Quatre cas de cholesteatomes fronto-orbitaires ou intra-crâniennes à retentissement oculaire
Bull. Med. A.O.F. 3è trimestre 1960, 5, 295-301 (Bibliogr.)

CAVINA G.

Kyste épidermoïde intra-diploïque du frontal
Presse Med. 5 oct. 1949, 57, n°62, 871-872

CRUVEILHIER J.

Anatomie pathologique du corps humain
1829, vol 1, livre 2, planche 6

CUCCIA D.

Cholesteatoma at extra-dural occipito-cervical site case
Arch. Neurochirurgie 54

DEBAIN J.J.

Considérations sur le cholesteatome primitif
Thèse Paris 1941

ECTORS L., HOZAY J.

Tumeurs épidermoïdes céphaliques et rachidiennes
Acta Neurol. psychiat. beig. 1958, 58, n°3, 655-631

FEKETE A.

Les cholesteatomes atypiques et primitifs de l'oreille
Thèse Paris n° 681, 1939

FELD et GUILLAUMAT

Deux cas de cholesteatomes fronto-orbitaires
Sem. Hop. de Paris 1952, n°90, 3664-3667

FENDEL K.

Cholesteatoma of the maxillary sinuses
Arch. Ohren, Hasen, Kehlkopgheilk, 179, 320-6, 1962

FRANCOIS S. M. , ECTORS L. et VERRIEST G.

Le cholesteatome de l'orbite
Acta Neurol. Psychiat. belg. , 1958, 58, 699-712

FRESH W. H.

Epidermoïd cysts (cholesteatomes) of the maxillary sinus
Arch ohren, nasen, kehlkopf, 162, 304, 317, 1953

FRUGONI P.

Dermoïde intradiploïco
Policlinico (sez. prat) Sept. 1948, n°39, 1178-1182 (bibliogr.)

GIACOMELLI P.

On a case of palpebral trichoepithelioma
Ann. Otol. 85, 551, 8, dec. 59

GRECO E. L.

Epidermoïdes craneoencephaliques y raquimedulares
(estudio de 17 casos)
Rev. Clin. Espan. , août 1959, 74, n°4, 228-242 (bibliogr.)

HABERMANN

Sur la formation du cholesteatome

HAEGGSTROM A. A.

Cholesteatoma remored from the frontal sinus
Hydiea 78, 1122

HAIG P. V.

Primary epidermoïds of the skull incluiding a case with malignant change
Am. I. Roentgenol, 76, (1076-1080), dec. 1956

KOKKINSON

A rare case of calculus of the right maxillary sinus and antero-ethimoïdal alveoli with cholesteatoma
Virginia Med. Monthly, 91, 358, 40, apr. 64

KING J. E. J.

Extra dural diploe and intra dural epidermoïd tumors (cholesteatoma)
Am. Surg. 1948, 127, 925-952

KULESSA J.

Rare localisation of cranial cholesteatoma
Ztschr. Laryngo-Rhino-Otol. 33, 678, 682, nov. 54

LAVRAND A.

Contribution à l'étude des polypes de l'oreille. Essai de pathogénie des cholestéatomes
Thèse Lille n° 27, 1923

LEMAITRE et LAVRAND

Essai de pathogénie des cholestéatomes de l'oreille
Arch. Internat. de Laryngo. 1923

LAZORTHES G., ANDUZE-ACHER H.

Les signes radiologiques des kystes épidermoïdes cranio-encéphaliques d'après 9 cas opérés.
Neuro-Chirurgie, 1957, 3, n°4, 336-338

LE BEAU J., et DAUM S.

Cholesteatomes crâniens extra duraux
Rev. Neurol. Mai 1948, 80, n°5, 356.360 (bibliogr.)

LIEVRE J. A.

Tumeurs épidermoïde du crâne (cholesteatome épidermoïde, kyste épidermoïde)
Rev. Rhum. oct. 1949, n°10, 524-525 (bibliogr.)

MAHONEY W.

Die epidermoïde des Zentralnevarnsystems
Ztschr. d. ges Neurol. U. Psychiat. 1936, 155, 416

MASSEBOEUF A., ACQUAVIVA R., THEVENOT C. et BENJELLOUN M.

La forme calvarienne du kyste épidermoïde de la voûte.
Remarques à propos de 3 observations
Maroc Med. dec. 1959, 38, n°415, 1612 à 1614 (bibliogr.)

MICHAL D.

Cholesteatome de l'orbite
Arch. Ophtalmol. Paris 1931, 48, 743-755

[illegible] L.

[illegible]
[illegible]

[illegible] A. A., and [illegible] E.

[illegible]
[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] de [illegible] E.

[illegible]
[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] L., et [illegible] E.

[illegible]
[illegible]

[illegible] L., et [illegible]

[illegible]
[illegible]

[illegible] C. M., and [illegible] L.

[illegible]
[illegible]

[illegible] L.

[illegible]
[illegible]

[illegible]

[illegible]
[illegible]

ROSENBLUTH P.R. et LICHTENSTEIN B.W.

Pearly tumor (cholesteatoma, epidermoïd) of the brain. Clino-pathologic study of two cases.
Neurosurg. Jan. 60.

ROUVILLOIS

Bull. Mémoires, Société de Chirurgie, 1925.

ROWBOTHAM (G.F.)

Epidermoïds arising in diploe of bones of skull.
British J. Surg. 1939, 26, 506-514.

SPENCER (F.R.)

Primary cholesteatome of sinuses and orbit ; report of case of many years duration with carcinoma and death.
Tr. Am. Laryng. Rhin. and Otol. soc. 1930, 36, 543-549.

TAMARI M.J. et FOGO A.E.

Véritable cholesteatome de l'os temporal.
Arch. otolaryngologia , Nov. 51

THACKER E.A.

Epidermoïd tumors of the frontal bone sinus and orbit
Arch. otolaryngologia, March 51

TEED Cholesteatome verum tympani . Ses relations avec la Ière placode épibranchiale.
Arch. Otolaryngologia, XXIV , 1936.

TUMARKIN -

Etude de la suppuration de l'oreille moyenne avec référence spéciale à la pathogénie et au traitement du cholestéatome.
Journal of Laryngologia, LIII, 1910.

TURNHEIM E.

Cholesteatoma cyst of neck
Journal Laryngologia et otologia, May 55.

VIRCHOW

Uber Perlgeschwulste.
Wir chow's Arch, für pathol. Anat. und physiol., 1855, 8. 371-418.

WARD G. E., HENDRICK J. W. -

Diagnosis and Treatment of tumors of the head and neck.
William Wilkins ed. Baltimore 1950, 832 p.

WITTMACK

Sur la pneumatisation normale et pathologique. Formation de cholestéatome et pneumatisation des cellules mastoïdiennes.
Arch. für ohren heilkun de 1930.

oOo

agemp
EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535:18—93
535:18—62